

婦人科問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな

血液型 A・B・O・AB Rh ()

氏名

身長 cm 通常時体重 kg

〒

住所

電話 - -

携帯電話 - -

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 () 才

結 婚 独 身 ・ 既 婚

結婚年月日 年 月 日 () 才

1. 今までに、こちらで診療を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい・・・いつ頃ですか 年 月 ころ

その時は、何で診察を受けましたか？

()

2. 今日診察に来られた目的は？

おなかの痛み・腰痛

不正出血 更年期障害の相談

子宮がん検診希望

乳がん検診希望

排尿に関すること

外陰部のかゆみ・痛み

その他 ()

3. 月経についてお伺いします

・一番最後の月経は 平成 年 月 日 ~ 日間

・閉経 才

4. 今までの妊娠・分娩についてお伺いします

・妊娠 回 出産 回

5. 常用している薬や他院で処方されて、現在服用している薬はありますか？

なし・あり → (薬品名 or 病名:)

6. 既往症歴 なし ・ 糖尿病 ・ 腎疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 喘息

外陰ヘルペス ・ 口唇ヘルペス

その他 ()

7. アレルギー (なし・あり)

食 物 ()

薬 物 (ピリン系・ペニシリン系)

その他 ()